ITEM 251 : OBÉSITÉ

Obésité = **surcharge pondérale par excès de tissu adipeux** (masse grasse) : 17% des adultes, 18% des enfants (dont surpoids)
- Incidence en augmentation, sex ratio = 1, touche surtout les régions du Nord et de l'Est en France
→ Masse grasse normale : **10 à 15%** du poids corporel chez l'homme, **20 à 25%** chez la femme

Diagnostic	**IMC**	- **Surpoids** : IMC > 25 - **Obésité modérée (grade 1)** : IMC > 30 - **Obésité sévère (grade 2)** : IMC > 35 - **Obésité massive (grade 3)** : IMC > 40
	FdR	- Age - Atcds familiaux d'obésité - Rebond d'adiposité précoce < 6 ans - Niveau socio-économique défavorisé

	Tour de taille	= Mesuré au mètre-ruban, à mi-distance entre le rebord costal inférieur et l'EIAS sur la ligne médio-axillaire
		- Corrélé à la quantité de **graisse intra-abdominale** (viscérale), de peu d'intérêt si IMC > 35
		- Seuil (risque métabolique et cardiovasculaire) :
		  - Niveau 1 : ≥ 80 cm chez la femme, ≥ 94 cm chez l'homme
		  - Niveau 2 : ≥ 88 cm chez la femme, ≥ 102 cm chez l'homme

	Obésité androïde	= Distribution sur la partie haute du corps : surtout homme et femme ménopausée - **Rapport tour de taille (TT)/tour de hanche (TH) > 0,8** chez la femme ou **> 0,95** chez l'homme - Tour de taille ≥ 80 cm chez la femme ou ≥ 94 cm chez l'homme → Associé principalement aux **complications métaboliques** et **cardiovasculaires**
	Obésité gynoïde	= Distribution sur la partie basse du corps : surtout femme non ménopausée - **Rapport TT/TH** < 0,8 chez la femme ou < 0,95 chez l'homme → Associée principalement aux **complications mécaniques**
	Autres	**Obésité sarcopénique** : défaut de masse musculaire (sujet âgé)
		Obésité métaboliquement saine : pas de surrisque métabolique (20%)
Evaluation	Contexte	- **Histoire pondérale** : âge de début de la prise excessive de poids, poids minimal/maximal, variations pondérales récentes, régimes - **Circonstances** : modification du statut hormonal (puberté, grossesse, ménopause), choc émotionnel, changement d'environnement familial ou professionnel, sevrage tabagique, arrêt du sport, médicaments (antidépresseur tricyclique, neuroleptique, lithium, corticoïdes, insuline, oestroprogestatifs)

	Comportement alimentaire	- **Hyperphagie prandiale** : **arrêt des repas au-delà du rassasiement** (sensation de tension ou douleur de l'estomac)
		- **Tachyphagie** : durée moyenne des repas raccourcie, vitesse d'ingestion auto-évaluée
		- **Prise extra-prandiale** :
		  - **Grignotage** : consommation de petites quantités pour le plaisir
		  - **Compulsion** (***craving***) : envie irrépressible de manger sans perte de contrôle
		  - **Accès boulimique** (***binge eating***) : envie irrépressible avec perte de contrôle
		  - **Boulimie** : accès boulimique avec conduites purgatives (vomissements, laxatifs, diurétiques…)
		- **Restriction cognitive** : limitation volontaire des apports alimentaires dans un but de contrôle du poids, prise paradoxale de poids sur le long terme

	Consommation alimentaire	- Circonstance des prises alimentaires : seul ou accompagné…
		- Répartition et rythme des prises alimentaires (nombre de repas et horaires)
		- Volume ingéré lors du plat principal
		- Profil de consommation :
		  - **Forte consommation d'aliments à densité énergétique élevée** (fromage, viande grasse, fritures, biscuits…)
		  - **Forte consommation de matières grasses ajoutées**
		  - **Forte consommation de sucres simples** (sucre, miel, confiture, soda) ou **pain**
		  - Boissons consommées : sucrées, « excitantes » : café/thé/énergisantes
		- **Carnet alimentaire** si besoin

	Autres	- Niveau d'**activité physique** et de **sédentarité** - **Evaluation psychologique** : stress, anxiété, humeur dépressive, estime de soi, images du corps - Evaluation de la **situation sociale**, familiale, professionnelle, éducative et financière - **Motivation** - Recherche de causes d'obésité secondaire (rare) et des complications

Evaluation	Bilan minimal	= Systématique : **glycémie à jeun, bilan lipidique, uricémie, GGT, transaminases, NFS, ionogramme, créatinine, ECG de repos**
	Selon le contexte	- Complications : **ECG d'effort, ETT, polygraphie nocturne, EFR, GDS, échographie abdominale, Rx articulations douloureuses** - Etiologie : **TSH, CLU/24h, freinage minute à la dexaméthasone, IRM hypophysaire, génétique**…
Obésité secondaire	Cause endocrinienne	- **Hypothyroïdie** : prise de poids généralement modérée - **Hypercorticisme** : obésité facio-tronculaire, amyotrophie, vergetures pourpres ➔ Des vergetures rosées sont fréquentes chez les patients ayant des variations de poids rapides - **Tumeur hypophysaire** : syndrome tumoral, insuffisance antéhypophysaire, hypersécrétion…
	Cause syndromique	= Obésité précoce, syndrome malformatif, dysmorphie, petite taille, déficience intellectuelle - **Syndrome de Prader-Willi, syndrome de Bardet-Biedl, syndrome de Laurence-Moon**
	Cause monogénique	= Obésité précoce et sévère, transmission autosomique récessive ou dominante, histoire familiale - **Déficit en leptine, déficit en MC4R**…
	Iatrogène	**- Psychotrope : lithium, antidépresseur tricyclique, neuroleptique** **- Corticoïdes** **- Oestroprogestatifs** **- Androgènes** **- Insuline, sulfamide, glinide**
Complications	Métabolique	**- Diabète de type 2** **- Syndrome métabolique** : **dyslipidémie** (surtout de type IV ou IIb), **hyperuricémie**
	Cardio-vasculaire	**- HTA** - Maladie cardiovasculaire **: insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde, AVC** **- Insuffisance cardiaque gauche/droite** (HTA, insuffisance coronarienne, cœur pulmonaire chronique) **- Maladie thrombo-embolique veineuse** : TVP, EP
	Respiratoire	**- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS)** **- Insuffisance respiratoire restrictive** **- Syndrome d'hypoventilation alvéolaire** **- Asthme**
	Opératoire	**- Morbi-mortalité per- et post-opératoire plus élevée** **- Complications du décubitus** plus fréquentes
	Digestive	**- Reflux gastro-oesophagien** **- Lithiase biliaire** **- Stéatose hépatique,** pouvant évoluer vers la **stéato-hépatite non alcoolique** (15-20%), la **cirrhose** (1-2%), plus rarement un **carcinome hépatocellulaire**
	Rénale	**- Glomérulopathie** avec **protéinurie, hyalinose segmentaire et focale** pouvant évoluer vers **l'IRC**
	Ostéo-articulaire	**- Gonarthrose fémoro-tibiale** et **fémoro-patellaire** **- Coxarthrose** **- Lombalgies communes** **- Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale**
	Cutanée	**- Intertrigos mycosiques** (plis sous-mammaires, inguinaux…) **- Lymphoedème** **- Insuffisance veineuse**
	Gynéco-logique	**- Incontinence urinaire d'effort** **- Trouble de la fertilité** - Risque de **fausse couche** plus élevée - Morbi-mortalité lors de la grossesse plus élevée **: diabète gestationnel, HTA gravidique…**
	Neuro	**- Hypertension intra-crânienne idiopathique** ou **bénigne**
	Cancer	- ↗ Incidence et mortalité : **cancer du sein, de l'endomètre, colorectal, du rein, du pancréas, de l'œsophage** et **de la vésicule biliaire, prostate**
	Psycho-sociale	**- Dépression** **- Discrimination sociale** **- Diminution de la qualité de vie**

TTT	Objectif		= Réduction et maintien au long terme d'une perte de poids pour améliorer la qualité de vie - Objectif = **perte de 5 à 15% du poids maximal sur une durée de 6 à 12 mois,** progressive et durable ➙ Amélioration significative des complications pour une perte de poids de 5-10%
	Modification thérapeutique du mode de vie	**Conseil alimentaire**	- Réduction relative des apports énergétiques totaux (sans descendre en-dessous de la DER) ➙ régime hypocalorique ↘ de **30%** maximum, toujours **> 1200 kcal/j** - Supprimer les aliments à forte densité énergétique et favoriser ceux à faible densité énergétique - Sans interdit alimentaire, respectant le rythme alimentaire - Insister sur l'allongement des temps de mastication et ingestion (20 minutes/repas) ➙ Un régime trop restrictif et déséquilibré est à risque d'abandon et dénutrition
		Activité physique	= Maintien de la perte de poids après amaigrissement, préservation de la masse maigre, prévention des complications métaboliques, respiratoires et cardiovasculaires - Pratique régulière, adapté au patient, mise en place progressivement - Objectif minimal : 150 min/semaine **d'activité d'intensité modérée** - Objectif idéal : **1h/jour d'activité physique d'intensité modérée > 5 fois/semaine**
	Prise en charge psychologique		- **Thérapie cognitivo-comportementale** - **Travail motivationnel** - **Gestion des troubles du comportement alimentaire** par la gestion des émotions et du stress - **Renforcement de l'estime de soi et de l'image du corps**
	Traitement médicale	**Orlistat** Xenical®	= **Inhibiteur des lipases intestinales** (↘ absorption de graisses de 30%) : non remboursé, non recommandé par la HAS - Indication : IMC ≥ 30, voire IMC ≥ 27 si FdRCV - Efficacité seulement démontrée sur le court terme (15% de perte de poids) - Effets secondaires : **stéatorrhée, interactions médicamenteuses**
			- **Traitement psychotrope** adapté (TCA, dépression, anxiété…) : **antidépresseur, anxiolytique** - Traitement des complications : **antihypertenseur, hypolipémiant, antidiabétique, insuline**…
	Recours au médecin spécialiste		- Obésité sévère ou massive - Obésité résistance aux modifications thérapeutiques du mode de vie - Obésité syndromique - Prise de poids rapide en lien avec une hyperphagie boulimique
	CHIRURGIE BARIATRIQUE		= Modification de l'anatomie digestive: - **Restriction gastrique**: anneau gastrique, *sleeve* gastrectomie ± **Malabsorption intestinale** : *by-pass* gastrique - Efficacité : perte de poids attendue = **40 à 75% de l'excès de poids** (par rapport au poids idéal permettant d'atteindre un IMC à 25) sur le long terme soit 20 à 30% du poids ➙ Au sein d'une équipe spécialisée, décision à l'issue d'une RCP
		Indication	- Chez un sujet âgé de 18 à 60 ans - **IMC ≥ 40** ou **IMC ≥ 35 avec ≥ 1 comorbidité susceptible d'être améliorée** - Après échec de traitement nutritionnel bien conduit pendant **6 à 12 mois** - En l'absence de perte de poids suffisante ou de maintien de la perte de poids - Après information, évaluation préopératoire et ayant accepté le suivi à vie
		Contre-indication	- **Trouble psychiatrique** non stabilisé - **Alcoolisme** et **toxicomanie** - **Troubles du comportement alimentaire** graves - **Impossibilité de suivi médical** - **Comorbidité** menaçant le pronostic vital
		Anneau gastrique	= Anneau en silicone placé autour de la partie supérieure de l'estomac, relié à un boitier sous-cutané permettant de modifier son diamètre, réversible - Risque : **glissement** de l'anneau, **dilatation de la poche** (voire **de l'œsophage**), **vomissements** et **intolérance alimentaire** si trop serré**, carence en vitamine B1** si vomissements prolongés
		Gastrectomie longitudinale (*sleeve*)	= Extraction des 2/3 de l'estomac - Risque : **ulcération, sténose, fistule, RGO, carence en vitamine B12** - **Supplémentation** systématique par vitamine B12 IM tous les 3 mois
		***By-pass* gastrique**	= Création d'une petite poche gastrique combinée à une dérivation entre l'estomac et le jéjunum par une anse intestinale montée en Y - Risque : **ulcération, sténose, fistule, *Dumping* syndrome, carences : vitamine B12, fer, calcium, folates** - **Supplémentation à vie** en micronutriments et vitamines B9 et B12